

MARCO DE ACCIÓN DEL TRATAMIENTO 2.0: IMPULSIONANDO LA PRÓXIMA GENERACIÓN DEL TRATAMIENTO, LA ATENCIÓN Y EL APOYO

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Marco de acción del tratamiento 2.0: Impulsando la próxima generación del tratamiento, la atención y el apoyo.

1.Infecciones por VIH - terapia. 2.Síndrome de inmunodeficiencia adquirida - terapia. 3.Síndrome de inmunodeficiencia adquirida - prevención y control. 4.Agentes antirretrovirales. I.Organización Mundial de la Salud. II.ONUSIDA.

ISBN 978 92 4 350193 2

(Clasificación NLM: WC 503.2)

© Organización Mundial de la Salud, 2011

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS (www.who.int) o pueden comprarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la OMS (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Printed in

MARCO DE ACCIÓN DEL TRATAMIENTO 2.0: IMPULSIONANDO LA PRÓXIMA GENERACIÓN DEL TRATAMIENTO, LA ATENCIÓN Y EL APOYO



INTRODUCCIÓN

En junio de 2010, la Secretaría de ONUSIDA y la OMS lanzaron *Tratamiento 2.0*, una iniciativa diseñada para alcanzar y sustentar el acceso universal y maximizar los beneficios preventivos de la terapia antirretroviral (TARV). *Tratamiento 2.0* se basa en la iniciativa 'tres millones para 2005', en pruebas científicas y en experiencia clínica y programática de los últimos 10 años para ampliar el acceso al diagnóstico, al tratamiento y a la atención relacionados con el VIH mediante una serie de innovaciones en 5 áreas de trabajo prioritarias: medicamentos, pruebas de diagnóstico, costos, prestación de servicios y movilización de la comunidad. Los principios y las prioridades del *Tratamiento 2.0* abordan la necesidad de conseguir logros en innovación y eficiencia por parte de los programas de VIH que repercutan en una mayor efectividad, cobertura e impacto en términos de resultados específicos en VIH y de resultados sanitarios más amplios.

Desde el lanzamiento de la iniciativa *Tratamiento 2.0*, la Secretaría de ONUSIDA y la OMS han trabajado con otras organizaciones copatrocinadoras de ONUSIDA, expertos técnicos y socios a nivel mundial en el progreso de la elaboración de esta iniciativa y en el comienzo de su implementación. El *Marco de acción del Tratamiento 2.0* enumera las cinco áreas de trabajo prioritarias que componen los elementos clave de la iniciativa y establece un marco estratégico para guiar las acciones dentro de cada una de ellas durante la próxima década. El *Marco de acción del Tratamiento 2.0* refleja los compromisos asumidos en *Llegar a Cero: Estrategia 2011 - 2015*ⁱ, de ONUSIDA, y en *Estrategia Global sobre VIH en el Sector Sanitario, 2011 - 2015*ⁱⁱ, de la OMS, estrategias de referencia para las respuestas multi-sectoriales y del sector sanitario a la pandemia del VIH.

El *Marco de acción de Tratamiento 2.0* está estructurado de la siguiente manera:

- **'Tres millones para 2005' y después**
- **Hacia *Tratamiento 2.0*: una revolución que evoluciona**
- **Maximización de los beneficios preventivos del tratamiento**
- **Áreas de trabajo prioritarias de *Tratamiento 2.0***
 1. **Optimizar los regímenes de medicamentos**
 2. **Facilitar pruebas de diagnóstico en el punto de atención**
 3. **Reducir costos**
 4. **Adaptar los sistemas de prestación de servicios**
 5. **Movilizar a las comunidades**
- **Acciones de los países para progresar en los objetivos del *Tratamiento 2.0***
- **Alianzas**
- **Responsabilidades: Colaboración y notificación del *Tratamiento 2.0***
- **Conclusión**
- **Referencias**

ⁱ Esta política se encuentra disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_es.pdf

ⁱⁱ Esta política se encuentra disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501651_eng.pdf

'TRES MILLONES PARA 2005' Y DESPUÉS

Los compromisos asumidos en la Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en 2001 (UNGASS, por sus siglas en inglés) y el establecimiento del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria en 2002 determinaron las bases para una década de cambios rápidos en la respuesta global al VIH. En el Día Mundial del SIDA en 2003, la OMS refrendó su contribución en la expansión del acceso al TARV: lanzó la iniciativa 'tres millones para 2005', cuyo objetivo era administrar tratamiento antirretroviral a tres millones de personas para finales de 2005. Se estima que cuando Lee Jong-Wook, Director General de la OMS, lanzó la iniciativa, solamente 400.000 personas con VIH de países con ingresos medios y bajos recibían terapia antirretroviral mientras que más de 30.000.000 de personas vivían con VIH¹⁻².

En apoyo a la iniciativa 'tres millones para 2005', la OMS publicó 'The Public Health Approach to ART: Overcoming Constraints' [Enfoque de salud pública para el tratamiento antirretroviral: Superando barreras], artículo en el que se desarrolló una justificación estratégica para una rápida ampliación del tratamiento antirretroviral en países con ingresos medios y bajos³. Las acciones clave de este enfoque de salud pública incluyeron utilizar protocolos de tratamiento estandarizados y controles clínicos simplificados, maximizar la cobertura con recursos limitados, optimizar el uso de recursos humanos, involucrar a las personas afectadas y que viven con VIH en el diseño de programas, manejo y apoyo y reducir los costos.

Una década de progreso

- 2000** La XIII Conferencia Internacional de SIDA en Sudáfrica promueve el fin de las desigualdades en el acceso al tratamiento entre países desarrollados y países en vías de desarrollo
- 2001** Declaración del Compromiso de la UNGASS sobre VIH/SIDA
- 2002** Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
- 2003** Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR, por su sigla en inglés). OMS/ONUSIDA lanzan la iniciativa 'tres millones para 2005' el Día Mundial del SIDA
- 2006** Los países miembros de la ONU se comprometen a conseguir, para 2010, el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo contra el VIH de todas las personas que lo necesiten. Los importantes aumentos en la financiación para SIDA por parte del sector privado y público proporcionan recursos adicionales para ampliar el TARV
- 2007** Se alcanza el objetivo 'tres millones para 2005' con tres millones de personas en TARV
- 2009** Aumentan las pruebas de que el inicio temprano del TARV reduce tanto la morbilidad y la mortalidad asociada a VIH y a TB como la transmisión de VIH y TB.
- 2010** Se publican las guías de la OMS sobre TARV actualizadas, en las cuales se recomienda el inicio temprano del TARV. ONUSIDA/OMS lanzan *Tratamiento 2.0*, cuyo objetivo es que 6,6 millones de personas reciban TARV para fines de 2010.
- 2011** Un ensayo clínico aleatorio, controlado, demuestra eficacia del TARV para prevenir la transmisión sexual del VIH entre parejas serodiscordantes. En la Reunión de Alto Nivel sobre el SIDA se reafirma el compromiso del acceso universal y se fija un objetivo de 15 millones de personas en tratamiento para 2015

Una rápida expansión en los servicios dedicados al VIH y financiación específica para el SIDA siguieron estos desarrollos, con compromisos por parte de programas bilaterales, agencias multilaterales y del sector privado incrementando el presupuesto de US\$ 1.6 millones en 2001 a US\$ 15.9 billones en 2009⁴. Durante este periodo, las inversiones fueron clasificadas según fueran destinadas a tratamiento o a prevención. El beneficio del tratamiento en la prevención aún no se había determinado. Más de la mitad de todos los recursos disponibles fueron invertidos en programas de tratamiento, con casi un cuarto destinado a la prevención del VIH⁵. Se estima que 6.6 millones de adultos y niños en países con ingresos medios y bajos se encontraban recibiendo TARV para fines de 2010, una cantidad 22 veces superior a la de 2001⁶. Para fines de 2009, el número de nuevas infecciones por año disminuyó globalmente un 21% desde su punto máximo en 1997; algunos países en el África subsahariana registraron disminuciones de más del 25%⁴. Las caídas precipitadas en la esperanza de vida en los países con gran cantidad de infectados debido a la alta tasa mortalidad asociada al SIDA se detuvieron y comenzaron a revertir^{7,8,9}.

Gráfico 1: Áreas de trabajo prioritarias de la estrategia *Tratamiento 2.0*



Las guías sobre TARV de la OMS se lanzaron en 2002 y fueron actualizadas en 2003, 2006 y 2010 para incluir las nuevas evidencias científicas y programáticas; la revisión de 2010 incluye la evidencia sobre la reducción de la mortalidad y la mortalidad con el inicio temprano del TARV^{10,11,12,13,14}. El TARV influye también en la reducción de la incidencia de la malaria^{15,16}. Estudios de implementación y análisis han evidenciado reducciones sustanciales de gastos, aumento de años de vida ajustados por discapacidad y mejoras importantes en la tolerancia de los regímenes de TARV recomendados por las guías 2010^{17,18,19}.

HACIA TRATAMIENTO 2.0: EXPANSIÓN Y EVOLUCIÓN

A pesar de los enormes logros en la reducción de la transmisión del VIH y de las enfermedades asociadas al VIH y de las muertes por VIH durante la última década, la respuesta global a la epidemia enfrenta múltiples desafíos a nivel financiero y técnico para lograr proporcionar un acceso universal a todas las personas que lo necesiten. El acceso a servicios de salud dedicados y no dedicados al VIH en muchos países con

ingresos medios y bajos (PIBM) se ve afectado por la escasez de recursos en los sistemas de salud, y muchos programas de TARV carecen de una buena integración con otros servicios de salud. En la próxima década, la mayoría de los 34 millones de personas que actualmente viven con VIH necesitarán tratamiento según los criterios actuales de indicación de tratamiento (recuento de células CD4 ≤ 350); el número total de personas elegibles para recibir tratamiento sigue expandiéndose aún cuando la tasa de nuevas infecciones disminuyó de su pico de 3.2 millones de infecciones en 1997 a 2.6 millones en 2009⁴. ONUSIDA estima que en 2010 hubo un déficit de US\$ 10 billones para lograr una respuesta integral y efectiva del sida⁴. Para fines de 2010, se estima que nueve millones de personas elegibles para recibir tratamiento (según las guías 2010 de la OMS) no estaban recibiendo un TARV que salve sus vidas, y este número aumentará salvo que se tomen medidas coordinadas. Las barreras estructurales, incluso violaciones a los derechos humanos y desigualdad de género, siguen causando un acceso desigual al cuidado y al tratamiento de poblaciones clave⁴.

Tratamiento 2.0 se desarrolló para enfrentar estos desafíos estimulando las innovaciones y mejorando la eficiencia y el impacto de los programas de tratamiento y atención del VIH en países de recursos limitados. Los conceptos de simplificación radical, estandarización, movilización de comunidades y reducción de costos se basan en los principios originarios del Enfoque en Salud Pública sobre TARV de la OMS así como también en las mejores prácticas que han surgido de la implementación de programas de VIH. *Tratamiento 2.0* brinda una oportunidad para refinar aún más estos principios, para reforzar la coordinación y la integración de interesados directos a nivel país y mundial, y para acelerar la ampliación del tratamiento y del cuidado del VIH mediante una propuesta coherente y estratégica: *El marco de acción de Tratamiento 2.0*. Las innovaciones en I+D de medicamentos y pruebas de

Objetivos para 2015

- Eliminar nuevas infecciones por VIH en niños
- Reducir un 50% las muertes por TB en personas que viven con VIH
- Dispensar TARV a 15 millones de personas

*Declaración política sobre el VIH/SIDA: Intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH/SIDA, Junio 2011*ⁱⁱⁱ

Invertir en una respuesta efectiva al VIH

Las inversiones necesarias para lograr en 2015 un acceso universal a la prevención, al tratamiento, a la atención y al apoyo del VIH llegarán a USD\$ 22 billones (en 2015). Invertir en enfoques e intervenciones adaptadas a epidemias nacionales evitaría 12.2 millones de nuevas infecciones entre 2011 y 2020, 7.4 millones de muertes por SIDA, lo que significaría salvar 29.4 millones de años vida.

ⁱⁱⁱ La Declaración política sobre el VIH/SIDA se encuentra disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/06/20110610_UN_A-RES-65-277_en.pdf

diagnóstico, por ejemplo, se beneficiarán al ser guiadas por una estrategia coordinada entre los socios clave a nivel mundial, los cuales poseen importantes contribuciones a realizar en la orientación de estos esfuerzos hacia el logro de los objetivos comunes. De la misma manera, se necesitan esfuerzos coordinados para disminuir los costos del tratamiento, expandir el acceso a servicios integrados y descentralizados y movilizar las comunidades para aumentar la respuesta y para que desempeñen un rol más central en la prestación de servicios.

Tratamiento 2.0: Principios

- Simplificación
- Innovación
- Eficiencia
- Efectividad y costo-eficacia
- Accesibilidad
- Asequibilidad
- Equidad
- Descentralización e integración
- Compromiso de la comunidad

El *Marco de acción* describe cómo trabajará ONUSIDA y la OMS con las organizaciones asociadas para acelerar los esfuerzos globales destinados a conseguir un acceso al tratamiento universal y sostenido, optimizando los resultados específicos del VIH y los resultados sanitarios más amplios, incluso maximizando los beneficios del TARV en la prevención del VIH y la TB. Esta iniciativa refleja la necesidad de innovar, de lograr mejoras en la eficiencia, de realizar cambios en la manera en que los programas se financian y se desarrollan y de conseguir mayores inversiones que eventualmente reducirán los costos a mediano y largo plazo²⁰.

Las cinco áreas de trabajo prioritarias interrelacionadas de *Tratamiento 2.0* son:

- 1. Optimizar los regímenes de medicamentos**
- 2. Facilitar las pruebas de diagnóstico en el punto de atención y otras herramientas de monitoreo simplificado**
- 3. Reducir costos**
- 4. Adaptar los sistemas de prestación de servicios**
- 5. Movilizar a las comunidades**

La implementación de *Tratamiento 2.0* está guiada por los principios enumerados en el cuadro anterior, e incluye una gama de actividades diseñadas para adaptarse a la arquitectura evolutiva de la salud global y el desarrollo, así como también a los desafíos planteados por las limitaciones económicas de los presupuestos para salud y desarrollo. El nombre de la iniciativa utiliza una nomenclatura propia del desarrollo informático, reconociendo que los enfoques sobre atención, tratamiento y apoyo en países con ingresos bajos y medios han evolucionado desde la primera fase de ampliación del cuidado y tratamiento (‘tres millones para 2005), con mejoras secuenciales en el diseño, la simplicidad y la eficiencia de los programas. Los avances entre las cinco áreas de trabajo prioritarias son interdependientes: optimizar los TARV, por ejemplo, demandará avances concomitantes en las pruebas de diagnóstico en el punto de atención fiables, asequibles y de calidad, y mayores inversiones en el refuerzo del sistema comunitario y la movilización de las comunidades para prestar servicios. Los plazos y los resultados previstos del *Marco de acción* reflejan la necesidad de lograr resultados concretos mediante mejoras progresivas en cada área, y la necesidad de una colaboración efectiva y estratégica entre la amplia gama de interesados directos.

MAXIMIZACIÓN DE LOS BENEFICIOS PREVENTIVOS DEL TRATAMIENTO

Los antirretrovirales se han utilizado de modo efectivo para prevenir la transmisión del VIH por más de 10 años – como profilaxis ARV para prevenir la transmisión vertical, como componente de prevención de la transmisión materno-infantil (PTMI) y como profilaxis post-exposición ocupacional y no ocupacional. Existen pruebas contundentes que demuestran que el TARV reduce la transmisión del VIH a nivel individual mediante la reducción de la carga viral en sangre, semen y fluidos vaginales, y en los últimos años se han acumulado pruebas de un número de estudios ecológicos que demuestran el impacto del TARV a nivel poblacional y de la comunidad en la reducción de la transmisión del VIH en una amplia gama de poblaciones y entornos^{15,21}. En mayo de 2011, el conocido ensayo aleatorio, controlado HPTN 052 que incluyó 1763 parejas heterosexuales VIH+ sero-discordantes confirmó la magnitud del beneficio preventivo que presenta el inicio temprano del TARV, que redujo la transmisión de VIH en la rama de tratamiento inmediato (vs. demorado) en un 96%²².

Investigación y desarrollo

La dispensación de TARV para prevenir la transmisión constituye un área de rápida evolución y existe un buen número de estudios programados o en progreso que buscan una respuesta a una amplia gama de preguntas, como la viabilidad y cuán costo-eficaz resultaría la implementación generalizada de un inicio temprano de TARV para prevenir la transmisión del virus. Los países también deben estar preparados para considerar cuál es la mejor manera de optimizar el beneficio del TARV para conseguir resultados sanitarios más amplios, que incluyan TB, salud materno-infantil, salud reproductiva y sexual y atención primaria. Se espera que los estudios adicionales programados y en progreso amplíen los datos disponibles y mejoren las estrategias sobre el uso de ARV como parte de un paquete integral de intervenciones dirigidas al tratamiento y a la prevención. Básicamente, los hallazgos clínicos y operacionales que resulten del programa de investigación de *Tratamiento 2.0* conducirán a la actualización de guías normativas, recomendaciones rápidas en asesoramiento, adaptación de directrices y asistencia clínica disponible para programas de VIH y organizaciones relacionadas con la prestación de servicios de primera línea en VIH.

La OMS está reuniendo un panel de expertos de excelentísimo nivel para que revisen los datos disponibles y aconsejen sobre una potencial revisión de las guías normativas actuales, incluso TARV para adultos y niños, políticas relacionadas con TB/VIH, guías sobre PTMI y guías sobre PPE, PPrE y otras intervenciones relacionadas con la prevención que utilicen ARV. En el 2012, el panel realizará recomendaciones generales sobre el uso a futuro de los ARV para tratar y prevenir la infección por VIH.

“Nuevos componentes farmacéuticos que permitan desarrollar un comprimido mejorado, más inteligente, menos tóxico, con un efecto más prolongado, y fácil de utilizar”.

Llegar a Cero: Estrategia 2011-2015, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA (ONUSIDA)

1. Optimizar los regímenes de medicamentos

Objetivo para 2020: Que los países con ingresos medios y bajos dispongan de regímenes antirretrovirales potentes, de dosis diaria única, asequibles, efectivos, con mínimas toxicidades o interacciones farmacológicas y con una alta barrera al desarrollo de resistencia

Contexto

Uno de los principios fundamentales de la iniciativa *Tratamiento 2.0* es promover el desarrollo y el uso de regímenes de medicamentos simplificados, menos tóxicos, y con una alta barrera al desarrollo de resistencia, que demanden controles clínicos mínimos y mantengan la eficacia terapéutica. Optimizar los regímenes de medicamentos incluye el establecimiento de dosis óptimas de ARV (incluso posibles reducciones de las dosis de ARV existentes), la reducción de la carga de comprimidos mediante el desarrollo de combinaciones de dosis fijas (CDF) de 'un comprimido diario' (o de menor frecuencia), el desarrollo de formulaciones pediátricas mejoradas y/o CDF "marcadas", y la ampliación del acceso a regímenes de medicamentos de primera, segunda y tercera línea efectivos, seguros y asequibles. Mejorar la eficacia, durabilidad y la tolerancia de los regímenes de medicamentos se encuentra dentro de las áreas potenciales de optimización. Estrategias que promuevan simplificar el ingrediente farmacéutico activo (IFA) en el proceso de producción, mejorar la biodisponibilidad del medicamento, reducir las dosis, mejorar las formulaciones y usar medicamentos nuevos más asequibles puede significar un aumento de la adherencia, una reducción de la carga de comprimidos, una minimización de los efectos secundarios y una reducción de costos.

Las guías 2010 sobre TARV de la OMS contienen nuevas e importantes recomendaciones basadas en avances clínicos y evidencia programática sobre el uso del TARV en países con ingresos medios y bajos: retiro de la estavudina (d4T) debido a su significativo perfil de toxicidad; inicio del TARV cuando los recuentos de CD4+ sean ≤ 350 células/mm³ (en lugar de < 200 células/mm³); y directrices sobre la administración concomitante de TARV y tratamiento antituberculoso. Sin embargo, los regímenes TARV de elección de primera, segunda y tercera línea permanecen siendo complejos y no se encuentran armonizados entre las diferentes poblaciones. Los regímenes de medicamentos del *Tratamiento 2.0* deben alcanzar los objetivos establecidos para el perfil del producto que incluye una dosis diaria única de una CDF que no sea costosa, que presente mínima toxicidad, que sea duradera, que se pueda administrar de manera segura y efectiva en niños y adultos, embarazadas y mujeres en período de lactancia, y en individuos que reciban tratamiento para otras infecciones concomitantes, como TB o hepatitis viral.

Investigación y desarrollo

Alcanzar este régimen ideal requiere intensificar la investigación y el desarrollo de los ARV y de las formulaciones, especialmente para países con ingresos bajos y medios. Aunque los regímenes totalmente óptimos que alcancen los objetivos propuestos para el perfil del producto tal vez no se encuentren disponibles comercialmente en los próximos diez años, todavía hay

mucho por hacer con los ARV y las formulaciones actuales mientras se ofrecen incentivos a fabricantes de productos innovadores y genéricos para invertir en I+D. Los resultados de las inversiones estratégicas en I+D y la optimización de los estudios que se realicen sobre los ARV disponibles actualmente permitirán desarrollar guías normativas y, a su vez, ayudarán a formar la dinámica del mercado para alcanzar el 'comprimido mejorado, más inteligente' previsto en la Estrategia 2011-2015 de ONUSIDA. Del mismo modo, influir sobre la dinámica del mercado que afecte la disponibilidad de los ARV será un incentivo a implementar medidas de I+D para lograr mejoras paulatinas en calidad, eficacia, tolerabilidad y administración de ARV y CDF.

Guía normativa y apoyo técnico

Resulta importantísimo adoptar a tiempo políticas y guías normativas que incluyan la implementación de nuevas recomendaciones y la promoción de mejores sistemas de prestación y adquisición de servicios, no solo en lo que respecta a los ARV, sino también respecto de pruebas de diagnóstico y enfoques sobre prestación de servicios que estén ligados a otras áreas del cuidado de la salud en una diversidad de entornos. La OMS publicó en 2011 las guías de adaptación para respaldar el cambio de los actuales regímenes de medicamentos a los de las recomendaciones 2010; esta guía será actualizada para su publicación en conjunto con las próximas guías sobre TARV²³. La OMS y ONUSIDA proporcionarán apoyo técnico mediante sus oficinas nacionales y regionales, junto con una gama de socios dedicados a la implementación. Es probable que en los próximos años se realicen nuevas revisiones a las guías sobre TARV y el uso de ARV para el tratamiento y la prevención.

Adaptación programática y ampliación

Los programas nacionales de VIH se encuentran adaptando e implementando las guías 2010 sobre TARV de la OMS. Una evaluación de la situación (incluso del estado de la ampliación del acceso al tratamiento, del número de personas que aún necesitan tratamiento, de las inversiones anticipadas y la capacidad del sistema de salud) llevada a cabo por los directores de los programas a nivel nacional ayudará a los países a determinar las prioridades. Una encuesta de la OMS realizada en 52 países a fines de 2010 demostró que 43 programas de VIH nacionales han cambiado el criterio sobre cuándo iniciar TARV (es decir, cuando el recuento de CD4 sea ≤ 350 células/mm³) y 38 habían comenzado a reemplazar el d4T por una opción menos tóxica²⁴.

Progresos en la optimización de medicamentos

Consortio de patentes para medicamentos / UNITAID/OMS

Realizó y entregó una lista de formulaciones y ARV recomendados por la OMS en 2010 de la lista de Medicamentos Esenciales del Comité de Expertos en Medicamentos Esenciales que aún faltaban (febrero de 2011).

OMS

Realizó y publicó una lista de acciones prioritarias a corto plazo (1-3 años) para la optimización de los TARV de primera y segunda línea para adultos/adolescentes y niños, basada en consultas a expertos (julio de 2011). Estas recomendaciones orientarán a los encargados de desarrollos a realizar un verdadero progreso sobre la disponibilidad de regímenes más simples y menos tóxicos.

Un ingrediente crítico de la ampliación de los programas de TARV para alcanzar los objetivos nacionales de acceso universal será asegurar el compromiso efectivo de las organizaciones de las comunidades, los programas bilaterales y las ONG en los esfuerzos por optimizar los medicamentos, incluso en los planes a largo y mediano plazo. La experiencia programática, incluso la evaluación de los programas sobre asistencia y tratamiento, las investigaciones y los estudios de casos, proveerán información a las políticas de desarrollo, apoyo técnico y guías normativas sobre optimización de medicamentos, junto con pruebas científicas clínicas en progreso.

Progresos en la optimización de medicamentos

En el período de preparación de la próxima revisión de la OMS a las guías sobre TARV, la OMS, ONUSIDA y sus socios han alcanzado varios puntos clave en la determinación de las prioridades para la optimización de medicamentos. Basándose en consultas a expertos, se realizó una lista de formulaciones que faltaban y de prioridades a corto plazo necesarias para mejorar los TARV de primera y segunda línea para adultos, adolescentes y niños; esta lista servirá como guía para que los fabricantes de drogas desarrollen regímenes más simples y menos tóxicos.

2. Facilitar el acceso a pruebas de diagnóstico en el punto de atención y otras pruebas simplificadas y a herramientas de control

Objetivo para 2020: Que los países con ingresos medios y bajos dispongan de un paquete de pruebas de diagnóstico en el punto de atención y de otras pruebas simplificadas que sean de calidad, fiables, asequibles y simples.

Contexto

Es necesario que se desarrolle y valide un paquete de pruebas de diagnóstico asequibles y fáciles de realizar, utilizando tecnologías de diagnóstico en el punto de atención y otras tecnologías simplificadas que permitan ampliar el testeo y el asesoramiento sobre VIH y el control del tratamiento, principalmente en centros de atención primaria y a nivel comunitario. Para establecer este paquete, es necesario evaluar la eficacia y la firmeza de las pruebas de diagnóstico para VIH, TB, ITS y hepatitis virales entre otras (incluso herramientas de diagnóstico, estadificación y control), tanto para evaluar las pruebas de diagnóstico en el punto de atención actualmente disponibles como para acelerar el desarrollo de aquellas pruebas que se encuentren en investigación y desarrollo (I+D).

Mientras se han logrado avances en el desarrollo de pruebas de diagnóstico en el punto de atención y de otras pruebas simplificadas, varias de las herramientas actualmente disponibles presentan diversas desventajas que limitan su disponibilidad y efectividad en países con ingresos medios y bajos. Algunas son

Además de pruebas para el diagnóstico del VIH, *Tratamiento 2.0* incluirá la evaluación de un paquete de pruebas de diagnóstico de TB y hepatitis virales para ser usado en diversos ámbitos de la atención sanitaria.

Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH/SIDA para 2011-2015

costosas y/o requieren un alto nivel de conocimientos técnicos, otras no presentan controles adecuados respecto a las garantías de calidad o salvaguardas fiables, y ninguna proporciona herramientas simples, de alto rendimiento, y eficacia en múltiples plataformas (es decir, para el diagnóstico de VIH, TB, ITS, hepatitis virales y malaria) para usar como prueba de diagnóstico en el punto de atención. La necesidad de disponer de tecnologías que permitan realizar pruebas de diagnóstico inmediato es clave para asegurar resultados diagnósticos rápidos y fiables en lugares que no se encuentran dentro de las principales zonas urbanas y/o en entornos con acceso limitado a servicios centralizados de laboratorio.

El mercado de las pruebas de diagnóstico presenta desafíos adicionales; se encuentra fragmentado en pocos productos costosos y modernos, con un número limitado de competidores de alto nivel. El progreso hacia nuevas y prometedoras tecnologías para pruebas diagnósticas en el punto de atención presenta una fortaleza mucho menor comparado con los ARV. ONUSIDA y la OMS trabajaron con socios mundiales y nacionales para armonizar y estandarizar los requerimientos relacionados con calidad y rendimiento, aumentar I+D, influir sobre la dinámica del mercado y reducir las trabas para lograr la rápida aprobación y aceptación de pruebas de diagnóstico y herramientas de monitoreo nuevas y más prometedoras.

Algunos países ya se encuentran trabajando para avanzar en el acceso a pruebas de diagnóstico en el punto de atención y a otras tecnologías simplificadas disponibles en ámbitos descentralizados de atención sanitaria. Recientemente, se desarrolló una prueba por PCR en tiempo real para el diagnóstico de TB que simultáneamente detecta resistencia a rifampicina mediante la plataforma de método GeneXpert, un sistema que simplifica la ejecución del método molecular al integrar los procesos^{25,26}. En Sudáfrica se adquirió, recientemente, una gran cantidad de plataformas de método GeneXpert para el diagnóstico de TB/TB multi-resistente. También se encuentra en desarrollo una gran cantidad de pruebas de CD4+ y carga viral que emplean tecnologías de diagnóstico en el punto de atención^{27,28}. Luego de un largo período de poco progreso en el desarrollo de pruebas de diagnóstico en el punto de atención, un gran número de nuevos productos probablemente lleguen al mercado en los próximos años.

Investigación y desarrollo

Algunos candidatos prometedores se encuentran en el proceso de desarrollar pruebas de diagnóstico en el punto de atención para el monitoreo de CD4 y carga viral. ONUSIDA y la OMS están trabajando con socios y expertos técnicos para establecer el “paquete” ideal del *Tratamiento*

Avances en pruebas de diagnóstico inmediato y de laboratorio simplificadas

UNITAID

Coordinó y publicó una síntesis de datos relativos a I+D y a la dinámica del mercado sobre pruebas de diagnóstico disponibles comercialmente en países con ingresos medios y bajos y sobre pruebas que se encuentran en la última etapa de desarrollo (mayo de 2011).

OMS y ONUSIDA

Estableció el Grupo de trabajo en pruebas de diagnóstico, que incluye al CDC, a UNITAID, a la Fundación Gates y a la Fundación Clinton para orientar el flujo de trabajo en pruebas de diagnóstico (mayo de 2011).

2.0 que contenga pruebas de diagnóstico en el punto de atención y otras pruebas simplificadas actualmente disponibles o disponibles a la brevedad que optimicen el diagnóstico, el cuidado, el tratamiento y los servicios de apoyo; trabajan también para identificar las barreras que impiden el desarrollo y la entrega de nuevas tecnologías, y para acelerar el camino hacia su disponibilidad. Es clave establecer un consenso sobre los estándares de desempeño y calidad contra los cuales evaluar las tecnologías actuales y aquellos que se encuentran en I+D para orientar la fabricación de productos innovadores y la competencia en este ámbito y así lograr el perfil óptimo del producto meta para pruebas de diagnóstico en el punto de atención y pruebas de laboratorio. Las evidencias científicas recientes sobre el uso de muestras de sangre seca (DBS) para la cuantificación de la carga viral, de pruebas de diagnóstico en el punto de atención para el recuento de CD4 y de pruebas de diagnóstico temprano en recién nacidos han proporcionado una base importante que se traduce en instrumentos estandarizados, ampliamente disponibles y con garantía de calidad para los prestadores de salud^{29,30}.

Guía normativa y apoyo técnico

La OMS incluirá directrices adicionales sobre el uso de pruebas de diagnóstico conjuntamente con su próxima guía clínica sobre TARV. La guía normativa y el liderazgo y apoyo técnico a nivel país reflejarán la necesidad de flexibilizar la selección de las herramientas correctas para el diagnóstico en enfoques de prestación de servicios y entornos específicos: los países con ingresos medios, por ejemplo, pueden enfocarse más en el fortalecimiento de la capacidad de los servicios de laboratorio y reducir el costo y el tiempo respuesta de las pruebas. Otros países, en cambio, pueden enfocarse en las tecnologías para diagnóstico en el punto de atención necesarias en entornos rurales o alejados, o en países con capacidad de laboratorio centralizada limitada.

Ampliación y adaptación programática

Los programas de VIH nacionales actualmente se encuentran luchando con un mercado fragmentado y un número limitado de tecnologías para el diagnóstico en el punto de atención o de tecnologías basadas en laboratorios más simples. Adaptar las guías normativas sobre pruebas de diagnóstico e incluir las pruebas de diagnóstico en mecanismos de adquisición agrupados ofrecerá importantes oportunidades tanto para fortalecer la capacidad de realizar diagnósticos como para reducir costos. La coordinación a nivel nacional entre Ministerios de Salud, agencias reguladoras, programas bilaterales, ONG y organizaciones comunitarias será clave para ampliar las pruebas de diagnóstico en apoyo al diagnóstico, asesoramiento, tratamiento y atención del VIH.

3. Reducir costos

Objetivo para 2020: Que existan programas de atención y tratamiento del VIH de alta calidad al menor costo posible con óptima eficacia en todos los países con ingresos medios y bajos que los necesiten.

Contexto

Los programas de TARV y otros servicios para VIH se encuentran enfrentando presiones financieras importantísimas, y el gasto global doméstico y por parte de donantes en salud no puede aumentar al corto plazo tan abruptamente como lo hizo entre 2001 y 2010. ONUSIDA publicó antes de la Reunión de Alto Nivel en junio de 2011 el monto aproximado de las inversiones necesarias en programas del VIH para alcanzar el acceso universal y los ODM para 2015, incluso proporcionar acceso al TARV a 15 millones de personas elegibles para recibir tratamiento²⁰.

Es necesario realizar una abogacía para obtener el financiamiento, tanto doméstico como de donantes externos, que se precisa para lograr y sostener el acceso universal a la prevención, al diagnóstico y al tratamiento del VIH. No caben dudas de que se precisan más recursos que los actualmente disponibles. Sin embargo, existen importantes oportunidades para reducir costos y mejorar la eficiencia de los programas de VIH. Los costos de los prestadores pueden reducirse mediante la adquisición en conjunto de medicamentos y pruebas de diagnóstico, así como también mediante la simplificación de los procesos de fabricación, potenciales reducciones de dosis y negociaciones que versen sobre la reducción de los costos de los medicamentos y de los ingredientes farmacéuticos activos (IFA). Los logros en eficiencia pueden alcanzarse en la prestación de servicios, particularmente a través de la distribución de tareas y una ampliación del rol que desempeñan las comunidades en la prestación de servicios.

Los países con ingresos medios y bajos también pueden aprovechar las flexibilidades provistas en el acuerdo sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio (ADPIC) para asegurar que los productos sanitarios estén disponibles para todos aquellos que los necesiten.

ONUSIDA recientemente coordinó el desarrollo y calculó los costos de un nuevo marco de inversiones estratégicas para la respuesta al VIH, que estima un total de USD 22 billones para la respuesta global al VIH para 2015 del cual aproximadamente un tercio debería asignarse a tratamiento²⁰. Si los países emplean el dinero de un modo eficiente, utilizando un marco de derechos humanos y en un análisis claro de las características epidemiológicas locales, con énfasis en las seis actividades programáticas básicas basadas en la evidencia (que incluye tratamiento), y en sinergias y factores favorecedores críticos y, para el 2020 la necesidad de recursos disminuirá junto con reducciones en la transmisión, la morbilidad y la mortalidad por VIH.

Guía normativa y apoyo técnico

ONUSIDA, la OMS y el PNUD trabajarán con socios a nivel país para prestar apoyo técnico y orientar el empleo de las flexibilidades de los ADPIC y otras estrategias para reducir costos y mejorar el acceso al tratamiento. ONUSIDA y la OMS, con la colaboración del Fondo Mundial, el PEPFAR, la Fundación Clinton, el UNITAID y otros socios ayudarán a los países a abordar el flagelo de los medicamentos falsificados y de calidad deficiente y a fortalecer el uso del sistema mundial de monitorización de precios (Global Price Reporting Mechanism) y otras bases de datos estratégicas sobre medicamentos, que son clave para la transparencia continua y para estimar las necesidades y reducir el costo de los medicamentos de calidad.

El trabajo en conjunto tanto con fabricantes de productos genéricos como innovadores para estimar las demandas del mercado y reducir los costos de los medicamentos durante el proceso de fabricación, suministro y adquisición es importante para lograr una reducción de los costos mediante la fijación de precios por tramos y la elección de fuentes competitivas en el suministro de ingredientes farmacéuticos activos. La reducción exponencial en los precios de los regímenes de medicamentos de primera línea durante la última década (casi un 99% entre 2000 y 2010) demuestra el impacto que estas estrategias pueden tener sobre los precios a medida que la demanda aumenta^{2,31}. Actualmente se presentan oportunidades adicionales para ampliar el acceso a productos sanitarios esenciales mediante nuevos mecanismos orientados a acelerar el otorgamiento voluntario de licencias de nuevos medicamentos y tecnologías, como el Consorcio de patentes para medicamentos.

Progreso en la reducción de costos

Como parte del trabajo en curso para reducir los costos, el PNUD, ONUSIDA y la OMS han publicado directrices sobre opciones políticas para los países en la implementación de las flexibilidades de los ADPIC (véase el cuadro 1). La realización de análisis adicionales sobre costo-efectividad ayudará a conocer las distintas posibilidades que existan para reducir costos a lo largo del manejo de la cadena de producción, adquisición y suministro y el proceso de prestación de servicios.

Los costos por unidad han disminuido significativamente en los últimos años, principalmente debido a los esfuerzos por parte de las principales agencias de adquisición, como el PEPFAR, para reducir el costo de los medicamentos dentro de los países.

Cuadro 1: Flexibilidades del acuerdo sobre los ADIPC

Tipos de flexibilidades del acuerdo sobre los ADPIC	Ejemplos
<p>Medidas preventivas: <i>Políticas para asegurar que las patentes no entorpezcan el acceso a medicamentos asequibles.</i> <i>Ventajas: medidas más fáciles, más rápidas y menos sensibles a nivel político comparadas con algunas medidas de recuperación.</i></p>	<p>Exclusión de patentabilidad: Se excluye el uso nuevo de sustancias desconocidas, métodos y procesos (Artículos 27.2 y 27.3)</p> <p>Criterios de patentabilidad: Se desarrollan y aplican estrictos criterios de patentabilidad para el análisis de las patentes farmacéuticas. Se mitigan las patentes frívolas y las oportunidades “perennes” (Artículos 1 y 27.1).</p> <p>Oposición a las patentes: Se prevén procesos de oposición previa o posterior a la concesión, de manera rápida, accesible y costo-eficaz.</p> <p>Exención para países menos desarrollados: Los países menos desarrollados no tienen la obligación de asegurar la protección de productos farmacéuticos mediante patentes hasta Enero de 2016 (este período se puede extender).</p>

<p>Medidas correctoras: <i>Las flexibilidades con carácter preventivo no siempre pueden ser utilizadas para satisfacer las necesidades existentes o emergentes para asegurar el acceso a medicamentos asequibles. De esa manera, en el acuerdo sobre los ADPIC se incluye una serie de flexibilidades de recuperación.</i></p>	<p>Licencias obligatorias y órdenes de utilización estatal (Artículo 31 (a)-(j)).</p> <p>Licencias obligatorias para exportación prevista en la Decisión de la OMC del 30 de agosto de 2003.</p> <p>Excepciones: Excepción de Bolar (trabajo temprano), excepciones de uso experimental e investigativo, uso individual (Artículo 30).</p> <p>Uso de las leyes de competencia nacionales para prevenir el abuso de los derechos de propiedad intelectual y ofrecer recursos (Artículos 8.2, 31 (k) y 40).</p> <p>Importación paralela (Artículo 6).</p>
<p>Observancia: <i>Relacionado con las obligaciones establecidas en la Parte III del Acuerdo de los ADPIC, las cuales establecen estándares mínimos para la observancia de los derechos de propiedad intelectual</i></p>	<p>No existen medidas límites para la sospecha de infracciones de patentes (Artículo 51).</p> <p>No existe una criminalización de la infracción de patentes (Parte III, Sección 5)</p>

Fuente: Good practice guide: Improving access to treatment by utilizing public health flexibilities in the WTO TRIPS agreement, 2010³²

4. Adaptar los sistemas de prestación de servicios

Objetivo para 2020: Que los programas de atención y tratamiento del VIH se encuentren descentralizados e integrados adecuadamente con otros servicios de salud dedicados o no dedicados al VIH, con mayor compromiso por parte de las comunidades en la prestación de servicios y mejor retención en el sector sanitario.

Contexto

A pesar de que las guías actualizadas sobre TARV de la OMS recomiendan el inicio temprano del TARV, la realidad es que muchos programas de TARV continúan recibiendo pacientes con infección avanzada por VIH y/o con un recuento de CD4 muy por debajo de las 200 células/mm³ en su primera visita³³. Ampliar el acceso al tratamiento a todas aquellas personas elegibles demandará un aumento considerable en la cantidad de personas que accedan a las pruebas y asesoramiento para VIH en forma más temprana en el curso de su infección por VIH y la derivación a programas de atención y tratamiento, utilizando diversos modelos del sector sanitario y modelos basados en la comunidad que protejan y promuevan los derechos humanos. El aumento de la aceptación de las pruebas y el asesoramiento para el VIH y la reducción de las presentaciones y el inicio de tratamiento en estadios tardíos disminuirán significativamente la morbilidad y la mortalidad asociada al VIH y reforzará los beneficios preventivos del TARV.

Descentralizar e integrar el tratamiento con otras áreas del cuidado de la salud, como los servicios de drogo-dependencia, los servicios materno-infantiles o de TB, ayudará a obtener el máximo efecto posible de los recursos escasos; un ejemplo de esto es Lusaka, Zambia, donde la integración del TARV en clínicas del sector público dedicadas al cuidado materno-infantil aumentó la aceptación y duplicó la proporción de mujeres elegibles para iniciar tratamiento^{34,35}. Integrar y simplificar los enfoques a la prestación de los cuatro pilares de la PTMI (prevenir embarazos no deseados, prevenir infección primaria por VIH, prevenir la transmisión materno-infantil y cuidado y tratamiento a mujeres, sus niños y familias) con otras áreas, como los servicios de salud sexual y reproductiva, es clave en la ampliación del acceso a personas elegibles para tratamiento y en el aumento de su eficiencia. Un documento guía publicado por UNICEF/OMS/ONUSIDA, por ejemplo, describe cómo integrar los servicios de VIH con los servicios de salud sexual y reproductiva para ayudar a ampliar el tratamiento a mujeres, niños y sus familias³⁶.

“Es necesario seleccionar (o ajustar) modelos apropiados para una prestación de servicios costoeficaz que reporte buenos resultados sanitarios, con miras a satisfacer las necesidades de las poblaciones con riesgo de infección por el VIH y de las personas infectadas; en ese contexto, habrá que poner especial empeño en la ampliación del acceso a los servicios relacionados con el VIH y la mejora de la calidad de los mismos, mediante la adopción de enfoques integrados y descentralizados que favorecen los sistemas basados en la comunidad”.

Estrategia Mundial del Sector Sanitario contra el VIH para 2011-2015 (OMS).

Aunque ha habido aumentos a gran escala en la cantidad de instituciones de salud que ofrecen TARV, se necesita ampliar aún más los servicios de tratamiento y atención a centros de atención primaria, con una necesidad concomitante de ampliar y relacionar los sistemas comunitarios a nivel local. Los centros de atención primaria se encuentran más cerca de aquellos lugares donde las personas que necesitan tratamiento viven y acceden a otros servicios. A pesar de las directrices y los algoritmos estandarizados, los programas de TARV con muchísima frecuencia dependen de un número relativamente bajo de médicos. En algunos países, las directrices nacionales aún restringen la capacidad de los enfermeros entrenados de iniciar y mantener pacientes en TARV o implementar otras estrategias basadas en cambios de tareas o distribución de tareas, a pesar de que existe una gran cantidad de pruebas científicas que demuestran que tales estrategias son efectivas tanto para ampliar la capacidad del sistema de salud como para mantener la calidad del cuidado y alcanzar los objetivos nacionales relacionados con el acceso al TARV^{37,38,39}.

El trabajo anterior de la OMS a través de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en Adolescentes y Adultos (AIPSA) y la Atención Integrada del Embarazo y el Parto (IMPAC, por sus siglas en inglés) han incluido módulos específicos sobre VIH y otras herramientas que respaldan la distribución de tareas y la integración de la atención del VIH en entornos de atención primaria. La OMS se basa en estas pruebas para desarrollar guías mundiales

sobre prestación descentralizada e integrada de los servicios que potencien al máximo la participación comunitaria.

Existe un enorme potencial sin explotar que podría favorecer la capacidad de los sistemas de salud y los sistemas basados en la comunidad, contruidos para prestar servicios de tratamiento crónico para VIH y para ayudar a fortalecer la atención crónica en otras condiciones, incluso enfermedades no comunicables⁴⁰.

Investigación y desarrollo

Un estudio reciente realizado en Kenia sobre un programa de prevención de múltiples enfermedades de una semana de duración demostró una aceptación del 96% de las más de 47.000 personas que asistieron a la campaña, lo que demuestra el impacto potencial de los programas integrados sobre prevención, pruebas y tratamiento para VIH, malaria y enfermedades diarreicas⁴¹. Las investigaciones operacionales y este tipo de ciencia de implementación se encuentran reforzando los fundamentos de la prestación óptima de servicios en una diversidad de entornos y contextos de recursos limitados. Basándose en los estudios de casos publicados conjuntamente con la iniciativa "tres millones para 2005", expertos de la OMS y ONUSIDA se encuentran

revisando la bibliografía y datos programáticos adicionales para ampliar la evidencia relacionada con la prestación integrada y descentralizada de servicios, utilizando un marco de evaluación cuyos criterios de análisis clave son la equidad, los resultados relacionados con el VIH, los resultados no relacionados con el VIH, el costo, la participación de la comunidad, el impacto en el sistema, el impacto socioeconómico y el impacto en la seguridad.

Integrar la provisión de TARV con programas comprensivos de PTMI, cuidado prenatal, salud materno-infantil y del niño (MNCH, por sus siglas en inglés), TB y reducción de daños constituyen áreas donde las evidencia científica y la experiencia programática y clínica ayudarán a proveer información para las guías mundiales. La OMS y ONUSIDA convocarán a expertos y socios para desarrollar y orientar la implementación del programa de

"Para reforzar los sistemas nacionales y comunitarios que proporcionan tratamiento, atención y apoyo, hay que ampliar más las capacidades de las comunidades para que puedan prestar servicios descentralizados e integrados".

Llegar a Cero: Estrategia 2011-2015 (ONUSIDA)

Progreso en la Adaptación de la Prestación de Servicios OMS/ONUSIDA

Desarrollaron un marco de evaluación y realizaron una revisión de la bibliografía para identificar y evaluar las pruebas científicas disponibles e identificar los vacíos en el conocimiento (abril 2011).

OMS

Publicó directrices sobre pruebas y asesoramiento a parejas y recomendaciones sobre tratamiento como prevención dentro de parejas serodiscordantes.

OMS/ONUSIDA

Se encuentran organizando una conferencia de expertos sobre las opciones relacionadas con la prestación de servicios para mejorar la retención en el sistema de salud (septiembre 2011).

investigación del *Tratamiento 2.0* diseñado para abordar la falta de conocimientos en lo que respecta a la optimización de las modalidades de prestación de servicios que ampliarán el acceso a servicios de VIH descentralizados, integrados y basados en la evidencia, en los cuales los servicios basados en la comunidad desempeñan un papel fundamental.

Guía normativa y apoyo técnico

Los hallazgos surgidos de las pruebas programáticas y de las investigaciones operacionales proporcionarán información para la redacción de nuevas directrices normativas de la OMS sobre la adaptación de los sistemas de prestación de servicios conjuntamente con áreas técnicas relacionadas, tales como directrices sobre TARV y diagnóstico y adaptación del apoyo. El apoyo técnico y la guía normativa abordarán la necesidad no satisfecha de aumentar la aceptación de las pruebas y el asesoramiento de VIH en una gama de entornos que utilicen tanto los enfoques del prestador como los enfoques basados en la comunidad. El apoyo técnico y la orientación incluirán el abordaje de las brechas importantes entre diagnóstico, derivación a programas de TARV, inicio del TARV y retención en el centro de salud.

Los desafíos en el suministro y la adquisición de productos sanitarios deben abordarse mediante guías normativas y apoyo técnico a los programas de tratamiento del VIH, especialmente en cómo asegurar que los sistemas de adquisición y suministro puedan suministrar adecuadamente los productos a aquellos que los necesitan y minimizar el riesgo de que falten existencias y de desaprovechamiento de recursos.

5. Mover a las comunidades

Objetivo para 2020: **Que las personas que viven con VIH y las poblaciones clave de países con ingresos medios y bajos se encuentren totalmente involucradas en la creación de demanda, la planificación, el suministro y la evaluación de programas de tratamiento y atención del VIH, con garantía de calidad y basados en los derechos.**

Contexto

El compromiso completo de las personas que viven con VIH y de sus familiares y de las comunidades afectadas es clave para el éxito del *Tratamiento 2.0*. El activismo y la promoción a nivel mundial y nacional aumentarán la demanda de recursos financieros, las pruebas de VIH y los servicios de asesoramiento, el TARV y los servicios relacionados con la salud. Las comunidades totalmente comprometidas y movilizadas son esenciales para influir en la demanda, y así asegurar el precio justo de los medicamentos y de otros productos sanitarios, para mejorar y ampliar el acceso a los servicios – especialmente para las poblaciones vulnerables y con mayor riesgo- y asegurar que los programas de atención y tratamiento promueven y protegen los derechos humanos. Descentralizar la prestación de servicios acercará a las personas que viven con VIH y a sus familias, y de esa manera se facilitará el acceso a la atención y al tratamiento. Esto resulta realmente importante cuando los costos de transporte, las largas distancias hasta los consultorios y

la necesidad de asistir a múltiples clínicas para recibir distintos servicios de salud contribuyen a una gran pérdida de seguimientos. Los servicios de salud locales descentralizados deben ampliarse y deben vincularse fuertemente con los demás servicios basados en la comunidad, tales como apoyo a la adherencia, conocimiento del tratamiento, asesoramiento sobre prevención y apoyo nutricional.

Consultas y movilización

Las pruebas científicas demuestran que las poblaciones marginadas con mayor riesgo permanecen en condiciones de inferioridad en la mayoría de los países con ingresos medios y bajos⁴. Abordar las desigualdades debe constituir un componente importantísimo de la respuesta al SIDA y debe tener un valor central dentro de la prestación de servicios de salud. La evidencia científica y los estudios de casos disponibles demuestran que los servicios basados en la comunidad resultan en servicios de salud mejores y más equitativos. Esta información debe ser considerada en el diseño de los programas y la experiencia programática adicional debe ser documentada como parte de la agenda de investigación de *Tratamiento 2.0*^{42,43,44}.

Financiación y apoyo técnico

Aumentar la participación de las personas que viven con VIH y de las poblaciones clave en la dispensa y el diseño de los programas de TARV, así como también en el desarrollo de políticas, será sumamente relevante para triunfar. El activismo contra el sida comenzó a inicios de 1980 con el eslogan “nada sobre nosotros sin nosotros”. Las ONG y los prestadores de servicios basados en la comunidad necesitarán un aumento en la financiación y el apoyo técnico para movilizar a las comunidades y ampliar tales servicios para alcanzar los objetivos del *Tratamiento 2.0*. El apoyo a la movilización de las comunidades a través de mecanismos tales como el Marco de Fortalecimiento de los Sistemas Comunitarios del Fondo Mundial será clave para asegurar que las redes de ONG y de organizaciones basadas en la comunidad dispongan de los recursos necesarios para ampliar la gama y la calidad de los servicios y así alcanzar los objetivos del *Tratamiento 2.0*.

Progresos en la movilización de las comunidades

Como parte del trabajo de consultas en curso sobre la movilización de las comunidades en apoyo del *Tratamiento 2.0*, ONUSIDA se ha asociado con la Coalición Internacional de Preparación para el Tratamiento (ITPC, por sus siglas en inglés) para llevar a cabo una serie de consultas que sirven tanto para movilizar el apoyo de las comunidades como para identificar las necesidades que presentan las comunidades para desempeñar un rol más amplio en la prestación y el manejo de los programas de pruebas, asesoramiento, atención y tratamiento del VIH. Los resultados de estas consultas regionales están siendo incorporados en las guías normativas, en el desarrollo de las políticas, en el apoyo técnico y en la orientación para investigación.

ACCIONES DE LOS PAÍSES PARA PROGRESAR EN TRATAMIENTO 2.0

Mientras el *Tratamiento 2.0* es una iniciativa a largo plazo en la cual la satisfacción completa de los objetivos puede llevar varios años, existe una gran variedad de acciones que los programas nacionales de VIH y las agencias encargadas de la implementación y financiación a nivel país pueden - y están- realizando en el corto plazo para avanzar con el programa del *Tratamiento 2.0* y lograr así el acceso universal:

- Adaptar e implementar las directrices sobre TARV de 2010 de la OMS para adultos/adolescentes, lactantes/niños y mujeres embarazadas/en período de lactancia; utilizando la guía de adaptación 2011 de la OMS para asegurar un inicio temprano del TARV, una transición suave hacia los nuevos regímenes con CDF y para mejorar la retención en la atención.
- Trabajar con la OMS y agencias encargadas de la implementación y financiación para reforzar y armonizar los caminos regulatorios para pruebas de diagnóstico y medicamentos precalificados.
- Revisar las estrategias de suministro y adquisición de medicamentos y pruebas de diagnóstico y maximizar el uso de las herramientas e información estratégica disponibles, como los mecanismos de Adquisiciones Conjuntas Voluntarias (VPP, por sus siglas en inglés) del Fondo Mundial.
- Aumentar el uso del Sistema Mundial de Monitorización de Precios y de los informes del Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas del sida (AMDS, por sus siglas en inglés), Fundación Clinton y UNITAID, entre otros, para modelar la dinámica del mercado doméstico, aumentar la competencia y reducir los precios.
- Revisar las oportunidades políticas para el empleo de las flexibilidades de los ADPIC y aseguran que los acuerdos de libre comercio bilaterales y regionales no restringen las salvaguardas de los ADPIC.
- Establecer o utilizar los mecanismos existentes de múltiples participantes (como los Mecanismos de Coordinación de País) para planear, financiar e implementar los enfoques de prestación de servicios de VIH integrados y descentralizados que incorporan funciones ampliadas para la prestación de servicios basados en la comunidad a través de la atención, el tratamiento y el apoyo continuo.
- Invertir en respuesta al VIH, utilizando recursos domésticos e internacionales y reforzando las cinco áreas de trabajo prioritarias del *Marco de acción del Tratamiento 2.0* para obtener el máximo impacto de las inversiones.
- Implementar los 12 puntos de Política sobre Actividades Colaborativas TB/VIH^{iv} e integrar los programas de VIH con otros servicios dedicados y no dedicados al VIH, como servicios de droga-dependencia, servicios de salud sexual o reproductiva, servicios para TB, servicios de atención sanitaria materno-infantiles y servicios de reducción de daños.

Un gran número de países, que incluyen Suazilandia, Malawi, China y Vietnam, han adoptado en forma temprana las cinco áreas de trabajo prioritarias del *Tratamiento 2.0*. En los próximos años, ONUSIDA y la OMS publicarán un número de estudios de casos nacionales para ilustrar sus experiencias.

^{iv} La descripción de esta política se encuentra disponible en <http://www.who.int/hiv/topics/tb/actions/en/index.html> (en inglés)

ALIANZAS Y RESPONSABILIDADES: COLABORACIÓN Y NOTIFICACIÓN DEL *TRATAMIENTO 2.0*

La Secretaría de ONUSIDA y la OMS proporcionará liderazgo sobre el *Tratamiento 2.0*, notificará sobre los avances a través de los informes de progresos hacia el acceso universal (OMS/ONUSIDA/UNICEF) y las Reuniones de Alto Nivel (UNGASS), y colaborará con asociados a nivel país y mundial para implementar y monitorear el progreso del *Tratamiento 2.0*.

El *Tratamiento 2.0* fue refrendado por el grupo de trabajo interdisciplinario en atención y tratamiento del VIH y en TB/VIH de la ONU; cada uno de los copatrocinadores de ONUSIDA se encuentra contribuyendo con la implementación del *Tratamiento 2.0*, basándose en la División del Trabajo de ONUSIDA^v. Un gran número de organizaciones encargadas de la financiación e implementación, agencias que subsidian investigaciones, organizaciones sociales civiles y fundaciones privadas refrendaron el *Tratamiento 2.0* en la reunión de asociados mundiales en febrero de 2011 y se encuentran colaborando con la OMS, la Secretaría de ONUSIDA y otros asociados a nivel país y agencias copatrocinadoras de ONUSIDA para avanzar el trabajo en cada área^{vi}. Mientras la Secretaría de ONUSIDA y la OMS guían la implementación del *Tratamiento 2.0*, le corresponderá a los países demostrar los resultados: acceso universal a programas de VIH eficientes y basados en los derechos que presten servicios de apoyo, tratamiento y atención basados en la evidencia, a la medida de las epidemias nacionales.

La Fundación Pangaea brinda apoyo técnico y administrativo al ONUSIDA y a la OMS para avanzar en el *Tratamiento 2.0*.

Controles y Notificaciones del *Tratamiento 2.0*

La OMS y el ONUSIDA han desarrollado una serie de indicadores, que incluyen aquellos descritos en la Estrategia Global sobre VIH en el Sector Sanitario, para apoyar a los países a mejorar la información relacionada con calidad, cobertura, resultados e impactos de los servicios de VIH. El ONUSIDA y la OMS utilizarán estos indicadores y los objetivos descritos en cada área de trabajo prioritaria para controlar y notificar el progreso realizado en la implementación del *Tratamiento 2.0*.

^v El grupo de trabajo interdisciplinario en atención y tratamiento del VIH y en TB/VIH incluye: la Secretaría de ONUSIDA, la OMS, UNICEF, el PNUD, ACNUR, la OIT, la ONUDD, y el Programa Mundial de Alimentos (WFP, por sus siglas en inglés).

^{vi} Los asociados mundiales incluyen: UNITAID, el Consorcio de patentes para medicamentos, la Sociedad Internacional de SIDA, la Coalición Internacional de Preparación para el Tratamiento, Health GAP (Proyecto de Acceso Global a la Salud), el PEPFAR, la Fundación Clinton, la Fundación Gates, la Fundación Pangaea, la Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS) y los NIH.

CONCLUSIÓN

Tratamiento 2.0 demanda la colaboración de la comunidad sanitaria mundial para vigorizar y acelerar un enfoque al TARV de salud pública que conducirá a la innovación, a mejorar las eficiencias, a reforzar la calidad, a asegurar la equidad y a permitir un acceso universal sostenido al tratamiento del VIH para aquellos que lo necesitan y para maximizar los beneficios preventivos del TARV. Los desafíos que enfrenta la comunidad sanitaria mundial constituyen también oportunidades para reforzar aquellos elementos que han resultado en el éxito remarcable de la última década: innovación, asociación, inversión y compromiso. Estos son los ingredientes que convertirán las aspiraciones mundiales al acceso universal en una realidad y que permitirán revertir la situación de la pandemia del VIH.

REFERENCIAS

1. OMS. Tratar a 3 millones de personas para 2005: Cómo hacerlo realidad. Ginebra: OMS; 2003. Disponible en: <http://www.who.int/3by5/publications/en/3by5strategyspanish.pdf>. Consultado el 10 de agosto de 2011.
2. OMS/ONUSIDA /UNICEF. Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/SIDA en el sector de la salud. Informe 2010 sobre los progresos realizados. Ginebra: OMS/ONUSIDA/UNICEF; 2010. Disponible en: <http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/es/index.html>. Consultado el 10 de agosto de 2011.
3. Grubb I, Perriens J, Schwärtlander B. A Public Health Approach to Antiretroviral Therapy: Overcoming Constraints. Geneva: WHO; 2003. Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/PublicHealthApproach_E.pdf. Consultado el 10 de agosto de 2011.
4. ONUSIDA. Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA 2010. Ginebra: ONUSIDA; 2010. Disponible en: http://www.unaids.org/globalreport/Global_report_es.htm. Consultado el 10 de agosto de 2011.
5. ONUSIDA (2011). Informe Outlook de ONUSIDA. Ginebra: ONUSIDA; 2011. Disponible en idioma inglés en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110607_JC2069_30Outlook_en.pdf. Consultado el 10 de agosto de 2011.
6. ONUSIDA. 30 años del SIDA: las Naciones Unidas en la encrucijada. Ginebra: ONUSIDA; 2011. Disponible en idioma inglés en: http://www.unaids.org/unaids_resources/aidsat30/aids-at-30.pdf. Consultado el 10 de agosto de 2011.
7. Rajaratnam JK, Marcus JR, Levin-Rector A, Chalupka AN, Wang H, Dwyer L, et al. Worldwide mortality in men and women aged 15 - 59 years from 1970 to 2010: a systematic analysis. *Lancet*. 2010; 375: 1704 – 20.
8. Reniers G, Araya T, Davey G, Nagelkerke N, Berhane Y, Coutinho R, Sanders EJ. Steep declines in population-level AIDS mortality following the introduction of antiretroviral therapy in Addis Ababa, Ethiopia. *AIDS*. 2009; 23: 511 – 8.
9. Herbst AJ, Cooke GS, Barnighausen T, KanyKany A, Tanser F, Newell ML. Adult mortality and antiretroviral treatment roll-out in rural KwaZulu-Natal, South Africa. *Bulletin World Health Organization*. 2009; 87: 754-62.
10. OMS. Antiretroviral therapy for HIV infection in infants and children: towards universal access: Recommendations for a public health approach. Ginebra: OMS; 2010. Disponible en idioma inglés en: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/paediatric020907.pdf>. Consultado el 10 de agosto de 2011.
11. Siegfried N, Uthman OA, Rutherford GW. Optimal time for initiation of antiretroviral therapy in asymptomatic, HIV-infected, treatment-naive adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; (3): CD008272.

12. Kitahata MM, Gange SJ, Abraham AG, Merriman B, Saag MS, Justice AC, et al. Effect of early versus deferred antiretroviral therapy for HIV on survival. *N Engl J Med.* 2009; 360(18): 1815-26.
13. Gilks CF, Crowley S, Ekpini R, Gove S, Perriens J, Souteyrand Y, et al. The WHO public-health approach to antiretroviral treatment against HIV in resource-limited settings. *Lancet.* 2006; 368(9534): 505-10.
14. Severe P, Juste MA, Ambroise A, Eliacin L, Marchand C, Apollon S, et al. Early versus standard antiretroviral therapy for HIV-infected adults in Haiti. *N Engl J Med.* 2010; 363(3): 257-65.
15. Donnell D, Beaten JM, Kiarie J, Thomas KK, Stevens W, Cohen CR, et al. Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis. *Lancet.* 2010; 375(9731): 2092-8.
16. Kasirye R, Levin J, Munderi P, Okell L, Walker S, Mugisha A, Grosskurth H. Epidemiology of malaria in HIV infected patients on ART in Uganda: a prospective cohort study. Presentación en la XVIII Conferencia Internacional sobre el SIDA, 2010; Viena, Austria; 2010.
17. Bygrave H, Ford N, van Cutsem G, Hilderbrand K, Jouquet G, Goemaere E, et al. Implementing a Tenofovir-Based First-Line Regimen in Rural Lesotho: Clinical Outcomes and Toxicities After Two Years. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2011; 56(3): e75 - e8.
18. Kahn JG, Granich R, Bennett R, Holmes CB, Garg N, Serenata C, Sabin M, Makhoulf-Obermeyer C, De Fillippo Mack C, William P, Johnes L, Smyth C, Kutch KA, Lo YR, Vitoria M, Souteyrand Y, Crowley S, Korenromp EL, Williams GB. Expanding ART for Treatment and Prevention of HIV in South Africa: Estimated Cost and Cost-Effectiveness 2011 - 2050. En revisión.
19. Walensky RP, Wood R, Ciaranello AL, Paltiel AD, Lorenzana SB, Anglaret X, et al. Scaling up the 2010 World Health Organization HIV Treatment Guidelines in resource-limited settings: a model-based analysis. *PLoS medicine.* 2010; 7(12): e1000382.
20. Schwartlander B, Stover J, Hallett T, Atun R, Avila C, Gouws E, et al. Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. *Lancet.* 2011. *Lancet*, 2011; 377(9782): 2031-41.
21. Attia S, Egger M, Muller M, Zwahlen M, Low N. Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and metaanalysis. *AIDS.* 2009; 23(11): 1397-404.
22. National Institute of Allergy and Infections Diseases. Treating HIV-infected People with Antiretrovirals Protects Partners from Infection. Findings Result from NIHfunded International Study; 2011. Disponible en idioma inglés en: <http://www.niaid.nih.gov/news/newsreleases/2011/Pages/HPTN052.aspx>. Consultado el 10 de agosto de 2011.

23. OMS. Adapting WHO Normative HIV Guidelines for National Programmes: Essential Principles and Processes. Ginebra: OMS; 2011. Disponible en idioma inglés en: <http://www.who.int/hiv/pub/en/>.
24. Renaud-Thery F. Annual 2010 Survey on ARV Use and Trends in Implementation of WHO 2010 ART. Presented at WHO & UNAIDS Annual Consultation with Pharmaceutical Companies - Global Forecasts of Antiretroviral Demand 2011-2012. Ginebra, diciembre de 2010. Disponible en idioma inglés en: http://www.who.int/hiv/amds/who_arv_trends_f_renaud.pdf. Consultado el 10 de agosto de 2011.
25. Boehme CC, Nicol MP, Nabeta P, Michael JS, Gotuzzo E, Tahirli R, et al. Feasibility, diagnostic accuracy, and effectiveness of decentralised use of the Xpert MTB/RIF test for diagnosis of tuberculosis and multidrug resistance: a multicentre implementation study. *Lancet*. 2011; 377(9776): 1495-505.
26. Banada PP, Sivasubramani SK, Blakemore R, Boehme C, Perkins MD, Fennelly K, et al. Containment of bioaerosol infection risk by the Xpert MTB/RIF assay and its applicability to point-of-care settings. *J Clin Microbiol*. 2010; 48(10): 3551-7.
27. Mtapuri-Zinyowera S, Chideme M, Mangwanya D, Mugurungi O, Gudukeya S, Hatzold K, et al. . Evaluation of the PIMA Point-of-Care CD4 Analyzer in VCT Clinics in Zimbabwe. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010; 155(1): 1-7.
28. Secretaría de ONUSIDA/OMS. UNITAID Technical Report: HIV/AIDS Diagnostic Landscape. Ginebra: OMS; 2011. Disponible en: http://www.unitaid.eu/images/marketdynamics/publications/unitaid_md_technical_report_diagnostics_landscape_web.pdf. Consultado el 10 de agosto de 2011.
29. van Deursen P, Oosterlaken T, Andre P, Verhoeven A, Bertens L, Traub MA, et al. Measuring human immunodeficiency virus type 1 RNA loads in dried blood spot specimens using NucliSENS EasyQ HIV-1 v2.0. *J Clin Virol*. 2010; 47(2): 120-5.
30. Jani I, Siteo N, Chongo P, Quevedo J, Tobaiwa O, Lehe J, et al. Evaluation of point-of-care CD4 and toxicity monitoring for resource-limited ART clinic settings in Mozambique. Presented at the XVIII International AIDS Conference; 2010; Vienna, Austria; 2010.
31. ONUSIDA, OMS, PNUD. Using TRIPS Flexibilities to Improve Access to HIV Treatment (Policy Brief); 2011. Disponible en idioma inglés en: http://content.undp.org/go/cmsservice/stream/asset/?asset_id=3259436. Consultado el 10 de agosto de 2011.
32. PNUD. Good practice guide: Improving access to treatment by utilizing public health flexibilities in the WTO TRIPS agreement. Nueva York: PNUD; 2010. Disponible en idioma inglés en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17762en/s17762en.pdf>. Consultado el 10 de agosto de 2011.

33. Kigozi IM, Dobkin LM, Martin JN, Geng EH, Muyindike W, Emenyonu NI, et al. Late-disease stage at presentation to an HIV clinic in the era of free antiretroviral therapy in Sub-Saharan Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2009; 52(2): 280-9.
34. Torpey K, Kabase M, Kasonde P, Dirks R, Bweupe M, Thompson C, et al. Increasing the uptake of prevention of mother-to child transmission of HIV services in a resource-limited setting. *BMC Health Services Research*. 2010; 10(29).
35. Killam WP, Tambatamba BC, Chintu N, Rouse D, Stringer E, Bweupe M, et al. Antiretroviral therapy in antenatal care to increase treatment initiation in HIV-infected pregnant women: a stepped wedge evaluation. *AIDS*. 2010; 24: 856-6124.
36. FNUAP/OMS/ONUSIDA/IPPF. Salud sexual y reproductiva y VIH/SIDA: Un marco de referencia para establecer vínculos prioritarios. Ginebra: OMS; 2005. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/linkages/HIV_05_5/en/index.html. Consultado el 10 de agosto de 2011.
37. Bemelmans M, Van Den Akker T, Ford N, Philips M, Zachariah R, Harries A, et al. Providing universal access to antiretroviral therapy in Thyolo, Malawi through task shifting and decentralization of HIV/AIDS care. *Tropical medicine & international health* 2010; 15(12): 1413-20.
38. Shumbusho F, van Griensven J, Lowrance D, Turate I, Weaver MA, Price J, et al. Task shifting for scale-up of HIV care: evaluation of nurse-centered antiretroviral treatment at rural health centers in Rwanda. *PLoS medicine*. 2009; 6(10): e1000163.
39. Morris MB, Chapula BT, Chi BH, Mwango A, Chi HF, Mwanza J, et al. Use of taskshifting to rapidly scale-up HIV treatment services: experiences from Lusaka, Zambia. *BMC Health Serv Res*. 2009; 9(5)
40. ONUSIDA. Chronic care of HIV and non-communicable diseases: How to leverage the HIV experience. Ginebra: ONUSIDA; 2011. Disponible en idioma ingles en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110526_JC2145_Chronic_care_of_HIV.pdf. Consultado el 10 de agosto de 2011.
41. Lugada E, Millar D, Haskew J, Grabowsky M, Garg N, Vestergaard M, et al. Rapid implementation of an integrated large-scale HIV counseling and testing, malaria, and diarrhea prevention campaign in rural Kenya. *PLoS One*. 2010; 5(8): e12435.
42. Médecins sans Frontières South Africa, Department of Public Health at the University of Cape Town, Provincial Administration of the Western Cape. Antiretroviral Therapy in Primary Health Care: Experience of the Khayelitsha Programme in South Africa. Ginebra: OMS; 2003. Disponible en idioma inglés en: http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/South_Africa_E.pdf. Consultado el 10 de agosto de 2011.

43. Mukherjee J, Colas M, Farmer P, Léandre F, Lambert W, Raymonville M, et al. Access to Antiretroviral Treatment and Care: The Experience of the HIV Equity Initiative, Cange, Haiti. Ginebra: OMS; 2003. Disponible en idioma inglés en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590882.pdf>. Consultado el 10 de agosto de 2011.
44. Zachariah R, Teck R, Buhendwa L, Fitzerland M, Labana S, Chinji C, et al. Community support is associated with better antiretroviral treatment outcomes in a resource-limited rural district in Malawi. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2007; 101(1): 79-84.

Para más información, contactar:

Organización Mundial de la Salud
Departamento de VIH/SIDA

20, avenue Appia 1211 Ginebra 27
Suiza

E-mail: hiv-aids@who.int

www.who.int/hiv

ISBN 978 92 4 350193 2

